

ROLA BANKU W REALIZACJI INWESTYCJI W BRANŻY OPIEKI ZDROWOTNEJ

Dorota Korenik

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

e-mail: dorota.korenik@ue.wroc.pl

DOI: 10.15611/noz.2017.3.09

JEL Classification: G10, O31

Streszczenie: Celem opracowania jest określenie specyfiki świadczenia przez bank usługi finansowania złożonych przedsięwzięć inwestycyjnych (realizowanych w formule *project finance* oraz partnerstwa publiczno-prywatnego), w świetle najnowszego paradygmatu dotyczącego roli banku w gospodarce – jako umocowanego pośrednika w zarządzaniu ryzykiem na zlecenie (*delegated risk manager*). W artykule przedstawiono przydatność banków w Polsce pod względem finansowania przedsięwzięć inwestycyjnych, w szczególności innowacyjnych, w branży opieki zdrowotnej. W pierwszej kolejności przedstawiono założenia wskazanego paradygmatu, następnie omówiono warunki do realizacji przedsięwzięcia inwestycyjnego w polskiej opiece zdrowotnej, występujące w branży bankowej i branży opieki zdrowotnej. W części końcowej przedstawiono następujące wnioski: brakuje produktów bankowych, opartych na nieregularnym harmonogramie spłat zobowiązań, potrzebny jest także inny rodzaj wiedzy i umiejętności pracowników bankowych w obszarze oceny ryzyka przedsięwzięcia innowacyjnego, w tym oceny wykonalności projektu.

Słowa kluczowe: bank, finansowanie, inwestycje w opiece zdrowotnej.

1. Wstęp

Celem opracowania jest określenie specyfiki świadczenia przez bank usługi finansowania złożonych przedsięwzięć inwestycyjnych (realizowanych w formule *project finance* oraz partnerstwa publiczno-prywatnego) w świetle teorii banku jako umocowanego pośrednika w zarządzaniu ryzykiem na zlecenie (*delegated risk manager*).

W świetle teorii nowoczesnego pośrednictwa bankowego rola banku w gospodarce musi ulec zmianie. Nie sprawdza się już klasyczne podejście banku do finansowania potrzeb podmiotów gospodarujących w otoczeniu wysoce zmiennym, w warunkach wzrostu niepewności i ryzyka. Banki, w interesie własnym i klientów bankowych, muszą przekształcić się w pośredników finansowych szczególnie dobrze (tj. lepiej niż rynek finansowy) radzących sobie z ryzykiem związanym z finansowaniem realnej sfery gospodarki. Nowy paradygmat roli banku w gospodarce zakłada, że sens istnienia banku tkwi w tym, żeby zbudował przewagę kosztową nad innymi formami przedsiębiorstw finansowych oraz rynkiem finansowym w zakresie zarządzania ryzykiem i redystrybu-

owania ryzyka występującego w różnych branżach gospodarki [Allen, Santomero 1998]. Tym samym jako podstawowa działalność banku jawi się zarządzanie ryzykiem (na zlecenie klientów i na potrzeby własne).

W ramach wskazanego paradygmatu sformułowana została teoria banku jako umocowanego pośrednika w zarządzaniu ryzykiem na zlecenie (*delegated risk manager*) [Hakenes 2003], w ramach której świadczenie usługi finansowania oznacza wiązkę trzech usług wzajemnie ze sobą zintegrowanych, takich jak: analiza ryzyka, kontrola ryzyka, udzielenie finansowania. Na pierwszym etapie świadczenia usługi finansowania (tj. analizy ryzyka) bank na zlecenie przedsiębiorcy przeprowadza badanie wpływu różnych wariantów kształtowania się czynników zewnętrznych na wyniki przedsięwzięcia, następnie – w ramach kontroli ryzyka – sprzedaje przedsiębiorcy instrument ograniczający ryzyko, a na finalnym etapie opracowuje/dopracowuje i dostarcza odpowiednio skonstruowane finansowanie (za pomocą kredytu bankowego). Taka formuła finansowania jest dość prosta do jednoznacznej interpretacji: analiza ryzyka na zlecenie klienta, dobranie odpowiedniego, ale prostego instrumentu

zabezpieczającego – konkretnego produktu finansowego, udzielenie kredytu będącego prostym produktem finansowym, którego warunki finansowe ustalono przy uwzględnieniu już istniejącego zabezpieczenia w postaci wybranego konkretnego produktu finansowego. Jednakże w odniesieniu do przedsięwzięć inwestycyjnych bardziej skomplikowanych, tj. takich, dla których właściwą metodą finansowania jest *project finance* (finansowanie przedsięwzięcia inwestycyjnego) oraz partnerstwo publiczno-prywatne (PPP), realizacja poszczególnych usług cząstkowych może wymagać innych umiejętności banku niż dotychczas posiadane. Chodzi o wyższe umiejętności w zakresie analizy ryzyka, jak również o inne podejście w doborze właściwego instrumentu zabezpieczającego (nie tylko w postaci produktu finansowego, lecz także przede wszystkim w formie wypracowanych wspólnie z klientem rozwiązań dotyczących rozkładu zadań i ryzyka pomiędzy strony uczestniczące w przedsięwzięciu), a nawet inne umiejętności dla opracowania właściwego instrumentu finansowania, także jeśli to jest kredyt bankowy.

Wobec ogromnego niedoinwestowania polskiej branży opieki zdrowotnej, szczególnie szpitalnej, zdominowanej przez własność publiczną, przy równocześnie szybko rozwijającym się środowisku technologii medycznej, zmieniających się, ale wciąż rosnących potrzebach zdrowotnych współczesnych społeczeństw, finansowanie inwestycji jest problemem palącym, wyzwaniem dla inwestorów i banków. Właściwym sposobem rozwiązania problemu finansowego w realizacji inwestycji są struktury *project finance* lub PPP, która jest bardziej złożona, skomplikowana w porównaniu z *project finance*.

2. Zdolność banku do finansowania inwestycji zgodna z paradygmatem umocowanego pośrednika w zarządzaniu ryzykiem na zlecenie

W obszarze „analiza ryzyka” wyrazem posiadanej przez bank zdolności do finansowania inwestycji w warunkach niepewności co do wizji rozwoju systemu opieki zdrowotnej w Polsce i wysokiego ryzyka głównie związanego z inwestowaniem w rozwiązania innowacyjne w szpitalnictwie (np. zamierzone pozyskanie nowoczesnych technologii medycznych, innowacji sprzętowych), które są wysoce kosztochłonne i mogą szybko się starzeć wobec szybkiego postępu rozwoju techniczno-technologicznego w branży opieki zdrowotnej, konieczne są inne niż tradycyjne umiejętności analizy ryzyka dla zapewnienia właściwej i o wysokim stopniu skomplikowania struktury

finansowania inwestycji. Dostrzegli to Kerr i Nanda, którzy wykazali, że w obszarze oceny ryzyka innowacyjnego projektu inwestycyjnego potrzebny jest inny niż tradycyjny rodzaj wiedzy i umiejętności bankowców [Kerr, Nanda 2015].

W przeciwieństwie do klasycznego kredytowania, tj. opartego na przewidywalności stopy zwrotu z inwestycji (dla ustalenia ceny za ryzyko podjęte przez bank) i harmonogramie regularnych spłat długu wobec banku, finansowanie przedsięwzięć częściowo lub w pełni innowacyjnych, które to charakteryzują się większą niepewnością w zakresie zwrotu z inwestycji oraz wyższą niż tradycyjne przedsięwzięcia zmiennością przepływów pieniężnych, właściwe są rozwiązania finansowe oparte na nieregularnym harmonogramie spłat zobowiązań [Brown, Martinsson, Petersen 2012]. Jest to pierwszy powód, dla którego trzeba rozpoznać wszystkie potencjalne obszary ryzyka i okoliczności, w jakich ryzyko może się ujawnić, które mogłyby zagrozić zdolności dłużnika banku do spłaty długu w sztywnych ramach regularnego harmonogramu. Dopasowanie wielkości strumieni spłat długu do poszczególnych faz cyklu inwestycyjnego, w których poziom poszczególnych rodzajów ryzyka jest różny, akceptacja przedziałów wielkości spłat i przedziałów czasowych tych spłat wspiera spełnienie warunku zachowania zdolności kredytowej w całym okresie finansowania inwestycji. Natomiast pozostawanie przy kredytowaniu klasycznym prowadzi do zwiększonego ryzyka utraty zdolności kredytowej (która w świetle prawa bankowego stanowi warunek konieczny utrzymania dalszego finansowania) i narażenia kredytobiorcy na sytuację natychmiastowego wypowiedzenia umowy kredytowej lub pogorszenia warunków ewentualnego dalszego kredytowania. Poza tym podejście, zgodnie z którym wysokie zabezpieczenie zwrotności kredytu na wypadek utraty zdolności kredytowej przez dłużnika zapewni skuteczne zaspokojenie roszczenia kredytodawcy, jest złudne. Po pierwsze, dlatego, że problematyczne jest przedstawienie przez wnioskującego o kredyt zabezpieczeń prawnych, które usatysfakcjonowałyby bank (zwykle są to zabezpieczenia na składnikach majątku, w praktyce trudno zbywalnych wobec ich wysoko specjalistycznego charakteru). Po drugie, koszt ustanowienia zabezpieczeń oraz ich zmiany w przypadku renegowania umowy kredytowej w trakcie jej trwania staje się zbyt wygórowany. Stąd najlepszą metodą zabezpieczenia się banku jest umiejętność rozpoznania ryzyka w merytorycznej warstwie projektu i ustalenie sposobów zachowania się inwestora w okolicznościach świadczących o jego wysoce prawdopodobnym urzeczywistnieniu się lub o jego wystąpieniu (chodzi o wskazanie zestawu działań, reakcji

inwestora na okoliczność zdarzeń rzeczowych, które zostały zidentyfikowane jako krytyczne na równych etapach prowadzonego przedsięwzięcia). Posiadana przez bank taka umiejętność zostaje odzwierciedlona w umowie kredytowej w postaci konwenantów, które dotyczą nie tyle zabezpieczeń prawnych, ile zabezpieczeń tzw. pozafinansowych, i mają także tę zaletę, że zwykle nie wiążą się ze stosunkowo (w porównaniu z zabezpieczeniami prawnymi: rzeczowymi i osobowymi) wysokim kosztem ich ustanowienia.

Zrozumienie obszarów i sposobów urzeczywistnienia się różnych rodzajów ryzyka przedsięwzięcia inwestycyjnego, tj. dotyczących jego wewnętrznych procesów funkcjonowania, pozwala też lepiej kontrolować ryzyko. W obszarze „kontroli ryzyka” instrumenty ograniczające wystąpienie ryzyka nie muszą wyrażać się w postaci konkretnego produktu finansowego z oferty rynkowej banku. Przy trafnym rozdziale zadań merytorycznych związanych z procesami funkcjonowania przedsięwzięcia pomiędzy uczestników przedsięwzięcia inwestycyjnego, czyli takim rozdziale, który uwzględni zdolność poszczególnych uczestników do opanowania określonego ryzyka, dobrze dopasowany system zachęt i kar do przydzielonych zadań, może sprawdzić się jako najlepszy instrument ograniczania ryzyka. Zdolność banku do tworzenia wspólnie z klientem takiego instrumentu (polegającego na dobrym rozdziale zadań i ryzyka pomiędzy wszystkich uczestników przedsięwzięcia) oraz produktów finansowych z oferty banku do redukcji ryzyka niepowodzenia przedsięwzięcia oznacza zdolność banku do działania zgodnie z nowym paradygmatem.

Produkt finansowania (np. kredyt czy inny instrument finansowania) jest efektem finalnym, ustanowionym po uprzednim doradzeniu najlepszej struktury finansowej (tj. po przeprowadzeniu etapów postępowania: „analiza ryzyka”, „kontrola ryzyka”).

Zdolność banku do działania zgodnie z opisanym nowym paradygmatem jest wymagana, aby bank był w stanie wspierać rozwój gospodarki innowacyjnej, w tym występującej w branży opieki zdrowotnej. Drugim z kolei wymogiem, tym razem niezależnym od samego banku, są warunki branży, które pozwalają na dokonanie wsparcia finansowego na warunkach rynkowych.

3. Warunki do realizacji przedsięwzięcia inwestycyjnego w polskiej opiece zdrowotnej

W zapewnieniu rentownej realizacji zadań w opiece zdrowotnej, najbardziej problematycznej w podsektorze publicznym, do rozważenia jest pozyskanie fi-

ansowania klasycznego (kredytu bankowego), kredytowania opartego na *project finance*, finansowania i zarządzania usługą w ramach PPP, w którym także występuje *project finance*. Spośród różnych metod najbardziej złożoną, mogącą łączyć w sobie także zasilanie zwykłym kredytem bankowym, jak również *project finance*, jest metoda PPP.

Dotychczas spośród ww. opcji finansowych w praktycznym stosowaniu występuje kredytowanie klasyczne, ale i w tym obszarze obserwowana jest ograniczona skłonność banków. Podstawowymi przyczynami, ustalonymi podczas badania możliwości różnych metod finansowania infrastruktury publicznej [Brezinski, Korenik (red.) 2014], są:

- silne uzależnienie od refinansowania zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego z budżetu państwa,
- niska wiarygodność finansowa samorządów ze względu na ograniczoną dochodowość działalności własnej (niskie dochody własne),
- zaostrzanie procedur sanacji finansów publicznych w warunkach nadmiernego deficytu sektora finansów publicznych,
- nadmierne zaangażowanie jednostek samorządu (JST) w finansowanie przedsięwzięć infrastrukturalnych współfinansowanych ze środków unijnych,
- nieelastyczne normy sanacyjne i zasady finansów publicznych,
- ograniczenie możliwości kapitałowych krajowych banków,
- konkurencyjność innych segmentów rynku kredytowego, szczególnie rynku detalicznego, charakteryzującego się dużą rotacją aktywów,
- nadmierna wielkość akcji kredytowej i zaostrzenie zasad adekwatności kapitałowej przez nadzór finansowy.

Oznacza to, że z punktu widzenia banków przeszkody w rozwijaniu kredytowania zadań samorządu terytorialnego w obszarze opieki zdrowotnej wynikają z wyczerpującej się zdolności kredytowej JST, lub jej braku, do dalszego zadłużania się na rynku finansowym oraz z ograniczonego własnego potencjału finansowego i kapitałowego wyznaczonego uregulowaniami prawnymi działalności bankowej. Przeszkody te mogą być uważane w bankach skupionych na tradycyjnym podejściu do udzielania kredytów jako w pełni usprawiedliwiające ich ograniczoną skłonność do wspierania finansowego inwestycji w opiece zdrowotnej, które nadto w znacznym stopniu mają cechy inwestycji innowacyjnych lub wysokiej technologii (nowoczesne techniki medyczne), i tym samym są mniej pewne pod względem stopy zwrotu z inwestycji. Jednakże oba argumenty, tj. dotyczące

wyczerpującej się zdolności kredytowej JST oraz ograniczonego uregulowaniami prawnymi potencjału kapitałowego i finansowego banków, można poddać krytyce siły argumentacji dla występowania w pełni obiektywnych przesłanek ograniczonej roli banków jako profesjonalistów w zarządzaniu ryzykiem występującym w gospodarce, w tym w branży opieki zdrowotnej.

W obszarze ograniczenia potencjału finansowego i kapitałowego banków w Polsce do wskazania jest, że tzw. regulacje ostrożnościowe w bankowości tworzone są w taki sposób, że wykazana w sformalizowanych procedurach wewnątrzbankowych umiejętność rozpoznawania i opanowania ryzyka bankowego, w tym kredytowego, pozwala na wypracowanie wysoce zaawansowanych metod ustalania niezbędnej i wyraźnie zmniejszonej wielkości zapotrzebowania na kapitał własny. Zrozumienie i opanowanie ryzyka finansowego prowadzi do wyzwolenia części kapitału i tym samym poprawy możliwości finansowania potrzeb gospodarki innowacyjnej. Widzialnym przejawem aktywności banków na rzecz uwolnienia części kapitału własnego jako absorbenta ryzyka finansowego jest oferta usługi finansowania uwzględniająca właściwości projektu innowacyjnego, jaką zwykle są projekty inwestycyjne w opiece zdrowotnej, czyli mniejszą pewność zwrotu z inwestycji i wyższą zmienność przepływów pieniężnych (które natomiast nie wpisują się w logikę kredytowania tradycyjnego).

Niewątpliwie świadczenie usług finansowania w polskiej branży opieki zdrowotnej wymaga odpowiednich umiejętności bankowców i jest nielatwym zadaniem w realiach tej branży, ale też nie jest niemożliwe. Także w sytuacji, gdy bezpośrednie kredytowanie podmiotów sektora publicznego (samorządowego) staje się silnie ograniczone wobec obiektywnego czynnika zdolności kredytowej JST, ale gdy jest możliwe wyprowadzenie usługi finansowania do sektora prywatnego i jej realizacja metodą *project finance* albo PPP (w PPP może, ale nie musi być, wpisana struktura *project finance*).

Wstępne warunki tkwiące w branży umożliwiające finansowanie w strukturach *project finance*, jak również PPP są spełnione. Ustawa z 2011 r. o działalności leczniczej stworzyła dla podmiotów leczniczych nowe impulsy prorynkowe. Umożliwiła przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe, co wymusza ich konkurencyjność oraz zapewnia swobodę i usprawnienie prowadzonej działalności w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych. Jednostki samorządu terytorialnego mogą być organem tworzącym podmiot leczniczy lub być właścicielem spółki kapitałowej prowadzącej działalność leczniczą (podmiot

leczniczy będący przedsiębiorcą). Zarówno skarb państwa (reprezentowany przez ministra, właściwy organ centralny lub wojewodę), jak i JST mogą tworzyć podmioty lecznicze w formie spółki kapitałowej, przystępować do tych podmiotów oraz je prowadzić. To, co jest także istotne w odniesieniu do PPP, to istniejąca prawna możliwość powierzenia przez podmiot publiczny podmiotowi prywatnemu realizacji różnego rodzaju projektów inwestycyjnych, najczęściej dotyczących szpitali.

Zróżnicowany charakter projektów PPP w opiece szpitalnej powoduje, iż mogą być one realizowane przy wykorzystaniu różnych przepisów prawnych, nie tylko na podstawie ustawy z 2008 r. o PPP. Ścieżka dojścia dotyczy również tzw. projektów złożonych, wymagających wyliczenia korzyści (*value for money*) oraz komparatora sektora publicznego (*public sector comparator*). Wymogi te nie wynikają wprost ani z ustawy o PPP, ani też z ustawy z 2009 r. o koncesji na roboty budowlane czy też ustawy z 2004 r. *Prawo zamówień publicznych*, należą natomiast do tzw. dobrych praktyk wynikających ze standardów światowych, zapewniających profesjonalne przygotowanie projektów PPP stronie publicznej.

W Polsce podmiot publiczny może powierzyć podmiotowi prywatnemu realizację projektów dotyczących szpitali w ramach PPP, polegających na:

- wybudowaniu lub remoncie obiektu szpitalnego,
- świadczeniu usług związanych z utrzymaniem i bieżącą eksploatacją obiektu szpitalnego,
- częściowym lub kompletnym wyposażeniu szpitala łącznie z aparaturą medyczną,
- świadczeniu usług medycznych.

Branża opieki zdrowotnej jest jednak trudna do finansowania przy wykorzystaniu zwłaszcza metody PPP ze względu na jej specyficzne cechy (przeszkody tkwiące w branży). Przeszkody te można ująć w trzy grupy: polityczne, proceduralno-administracyjne i inne.

Przeszkody polityczne

JST nie chcą narażać się na zarzuty prywatyzacji opieki zdrowotnej, z czym często mylone jest zastosowanie projektu PPP. Dodatkowo obserwowany jest społeczny sprzeciw wynikający z przekonania, że opieka zdrowotna należy do tzw. sektorów wrażliwych. Panuje stereotypowe przekonanie, zgodnie z którym w prywatnej jednostce opieki zdrowotnej wszystkie koszty diagnostyki i leczenia muszą zostać opłacone przez pacjenta. Ponadto w Polsce problemy ekonomiczne ochrony zdrowia są większe niż w innych dziedzinach gospodarki, co wiąże się z zaniedbaniami inwestycyjnymi w przeszłości oraz stosunkowo niskim wynagrodzeniem personelu.

Wykorzystanie PPP w branży opieki zdrowotnej nie przyniosło w Polsce jak dotąd pozytywnego skutku. Centralne instytucje państwowe, a szczególnie Ministerstwo Zdrowia, nie angażują się w dyskusję o możliwości zastosowania modeli kooperacji publiczno-prawnej.

W skali branży istnieje zagrożenie zablokowania PPP spowodowanego oporem społeczeństwa, mimo że pierwsze projekty w tym zakresie są realizowane. Istnieją pojedyncze przykłady w Polsce – przywołać można szpital w Blachowni, gdzie opór społeczności lokalnej zablokował inicjatywę przekazania zadłużonego szpitala prywatnemu inwestorowi i tym samym negatywnie wpłynął na orzecznictwo sądów polskich w tym zakresie. Istotną jest jednak edukacja społeczeństwa polskiego, że PPP nie oznacza prywatyzacji świadczeń zdrowotnych, a tym samym nie wpływa na ograniczenie dostępności i jakości usług.

Ze względu na zastrzeżenia społeczeństwa wobec prywatnych usług w szpitalnej opiece zdrowotnej rozpatrywane mogą być tylko takie warianty rozwiązań, które wykluczają pełne i długoterminowe przekazanie usług medycznych do partnera prywatnego.

Procedura formalna

Ustawa o zdrowiu publicznym nakłada obowiązek dbałości o zdrowie publiczne na wszystkie szczeble samorządu terytorialnego oraz zobowiązuje do ścisłej współpracy w zakresie zdrowia publicznego z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), samorządami zawodowymi, Ministerstwem Zdrowia itd.

Zarzut prywatyzacji ochrony zdrowia nie powinien stanowić przeszkody dla JST, gdy zagrożona będzie ścisła kontrola ze strony partnera publicznego. W sytuacji konieczności zmniejszenia deficytu finansów publicznych jest to dodatkowy argument (obok większej efektywności wynikającej z samej formuły współpracy), przemawiający za działaniami prowadzącymi do upowszechnienia PPP ze strony JST.

Realizując zadania w obszarze opieki zdrowotnej, JST występują w kilku rolach: organizatora systemu opieki zdrowotnej, właściciela lub współwłaściciela jednostek opieki zdrowia oraz realizatora zadań z zakresu zdrowia publicznego. JST mogą posiadać i prowadzić zarówno samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jak i spółki prawa handlowego, a także sprawują nadzór nad prowadzonymi podmiotami publicznymi pod względem działalności zarówno medycznej, jak i finansowej, ponosząc *de facto* w całości lub w części ciężar związany z utrzymaniem, remontowaniem i doinwestowaniem.

Częste zmiany w rządzie (na stanowisku ministra zdrowia) mogą blokować wsparcie dla długotermino-

wych projektów PPP. Dalsze ograniczenia mogą być powodowane przez:

- przeszkody formalno-administracyjne (np. potrzebne decyzje dla umożliwienia PPP),
- przeszkody formalno-techniczne (np. wymagane prawem pozwolenia/zezwoleń),
- przeszkody formalno-finansowe (np. możliwość cedowania kontraktu na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej).

Pozycja NFZ jako monopolisty wpływa negatywnie na rozwój PPP, gdyż to NFZ decyduje jednostronnie w zakresie m.in.: długości trwania kontraktu, wyceny za poszczególne świadczenia zdrowotne, rodzaju i ilości sprzętu medycznego, rodzaju, kwalifikacji i ilości personelu medycznego.

Powyższe wymogi zmieniają się często w roku tzw. kontraktowym, tj. przed kolejnym konkursem na świadczenia zdrowotne publiczny płatnik NFZ określa nowe wymagania w powyższych zakresach.

Inwestycje w tym wypadku mogą okazać się bardzo kosztochłonne i dlatego partner prywatny będzie oczekiwał gwarancji (co najmniej długoletniego kontraktu z NFZ). Jednakże czas obowiązywania umów pomiędzy placówkami opieki zdrowia a publiczny płatnikiem ma wpływ na decyzje partnera prywatnego o podjęciu współpracy w ramach PPP, gdyż płatnik kontraktuje świadczenia zdrowotne na relatywnie krótki okres (od 3 do 5 lat). Inwestorzy obawiają się zaangażowania w długoletnie przedsięwzięcia, nie mając gwarancji otrzymywania przez cały okres trwania umowy zapłaty za dostarczane świadczenia zdrowotne. Jest to związane z brakiem możliwości zawierania wieloletnich kontraktów z płatnikiem oraz ewentualnych promes na wieloletnie kontrakty.

Branża opieki zdrowotnej charakteryzuje się m.in. niepewnością po stronie zarówno zapotrzebowania, jak i oferty, co dotyczy świadczeń zdrowotnych, rodzaju wynagrodzenia za świadczenia przez ubezpieczyciela publicznego, a także szybkiego i kosztownego rozwoju nowoczesnej techniki medycznej.

Ze względu na tę niepewność dla niektórych inwestorów prywatnych nieodpowiednie mogą być wzory umów, które przewidują wynagrodzenie partnera prywatnego przez płatności od płatnika centralnego (NFZ). Jedną z możliwości byłoby zastosowanie modelu wynagrodzenia polegającego na płatności rat PPP przez operatora szpitala.

Inne dotyczące realizacji projektu

Jedną z przeszkód jest brak zaufania do współpracy podmiotów prywatnych i publicznych oraz przekonanie o stosunkowo wysokim zagrożeniu korupcyjnym. Istnieje przekonanie o bardzo wysokim stopniu skomplikowania PPP i bardziej dostępnej alternaty-

wie w postaci funduszy unijnych. Aspekty zarówno zdrowotne, jak i społeczne (potrzeba stworzenia nowoczesnej infrastruktury szpitalnej, dopasowanej do potrzeb konkretnych grup społeczeństwa), a także aspekty demograficzne (np. starzenie się społeczeństwa) i epidemiologiczne (np. wzrost zachorowań na choroby cywilizacyjne) mają silny wpływ na możliwość realizacji projektu PPP.

Ponadto powszechnie stosowane, rygorystyczne orzecznictwo sądów administracyjnych, wskazujące na fakt, że JST mają obowiązek zagwarantowania wszystkim obywatelom dostępu do publicznego systemu opieki zdrowotnej, ogranicza spektrum możliwych do zastosowania struktur PPP.

Z jednej strony, przywołane przeszkody stanowią mocne usprawiedliwienie dotychczasowej ograniczonej roli banków w finansowaniu jej potrzeb inwestycyjnych. Z drugiej strony, należy też przyjrzeć się zjawiskom w bankowości przez pryzmat przypisanej bankom roli w nowoczesnej (innovacyjnej) gospodarce.

W obszarze finansowania z wykorzystaniem struktur *project finance* i PPP występuje wiele dodatkowych innych istotnych przyczyn silnie ograniczonego udziału lub nawet awersji banków. Są to:

- brak tradycji współpracy bankowo-samorządowej, w tym brak banków wyspecjalizowanych w dostarczaniu rozwiązań finansowych dla sektora publicznego (w Polsce tylko jeden bank – Dexia Kommunalcredit Bank Polska – do czasu przejścia go w 2012 r. przez Getin Noble Bank miał aspiracje stać się bankiem dla sektora samorządowego) i ze sobą konkurujących; rozwiązania finansowe tworzone są w ramach prowadzonej bankowości uniwersalnej, w której klientem jest przedsiębiorca postrzegany w kategoriach działania *stricte* komercyjnego, z pominięciem wpływu możliwego różnego rozkładu zadań i ryzyka pomiędzy uczestników projektu: partnera prywatnego i publicznego;
- ograniczone wykorzystanie metody *project finance* ze względu na stosowanie tylko kredytowania opartego na regularnym harmonogramie spłat długu, podczas gdy w opiece zdrowotnej chodzi o przedsięwzięcia w znacznym stopniu innowacyjne;
- „wygórowane” warunki i parametry kredytowe – wysokie oprocentowanie, warunki spłaty i wygórowane wymogi dotyczące ustanowienia zabezpieczeń prawnych: rzeczowych, osobowych w praktyce banków starających się w ten sposób pokryć niepewność wynikającą z nieumiejętnego rozpoznania i oceny ryzyka dotyczącego wykonalności projektu, zwykle w dużym stopniu innowacyjnego, w branży opieki zdrowotnej,

- bariery prawne dla emisji publicznych listów zastawnych w bankach specjalistycznych (bankach hipotecznych) w przypadku dominującej pozycji podmiotu prywatnego w spółce celowej, która występuje w *project finance* i może także występować w metodzie PPP,
- wysokie ryzyko specyficzne (polityczne i prawne), kadencyjność organów samorządu terytorialnego, co ma znaczenie dla stabilności w realizacji długoterminowych przedsięwzięć inwestycyjnych.

Trzy pierwsze przyczyny są zależne od banków, ich występowanie przemawia przeciwko istniejącej zdolności banków w Polsce do podejmowania roli umocowanego pośrednika w radzeniu sobie z ryzykiem występującym w gospodarce, w tym wypadku konkretnie w branży opieki zdrowotnej.

4. Zakończenie

Podsumowując, należy stwierdzić, że w Polsce rzeczywista rola banków w finansowaniu inwestycji, zwykle także przynajmniej częściowo innowacyjnych (niepolegających tylko na odtworzeniu czy modernizacji elementów dotychczasowej infrastruktury), w opiece zdrowotnej jest silnie ograniczona, bardzo słabo wpisuje się w konstrukcje finansowania zgodne z rolą banku jako szczególnie dobrze radzącego sobie z ryzykiem w gospodarce opartej na innowacjach i technologii.

Obiektywne przeszkody, tj. tkwiące w otoczeniu zewnętrznym banków, w tym wypadku związane ze specyfiką funkcjonowania polskiej branży opieki zdrowia, nie mogą stanowić wystarczającej argumentacji za brakiem szans na przekształcenie się banków w zgodzie z nowym paradygmatem w profesjonalnych pośredników zarządzających ryzykiem na zlecenie podmiotów poszukujących finansowania dla swych projektów inwestycyjnych, szczególnie tych innowacyjnych.

Przede wszystkim potrzebne są rozwiązania produktowe (produkty finansowe), oparte na nieregularnym harmonogramie spłat zobowiązań. Pozwalają one lepiej rozwiązać problemy większej niż w przypadku przedsięwzięć tradycyjnych niepewności w zakresie zwrotu z inwestycji oraz wysokiej zmienności przepływów pieniężnych w inwestycji.

Potrzebny jest także inny rodzaj wiedzy i umiejętności pracowników bankowych w obszarze oceny ryzyka przedsięwzięcia innowacyjnego, w tym oceny wykonalności projektu.

W polskiej rzeczywistości bankowej wyzwaniem dla banków jest zarówno myślenie przez pryzmat nowego paradygmatu, jak i zbudowanie profesjonalnych umiejętności finansowania metodami *project finance* oraz PPP.

Literatura

- Allen F., Santomero A.M., 1998, *The theory of financial intermediation*, Journal of Banking & Finance, vol. 21, s. 1462.
- Brezinski H., Korenik D. (red.), 2014, *Partnerstwo Publiczno-Prywatne jako instrument dla realizacji przedsięwzięć infrastrukturalnych w obszarze przygranicznym Saksonii i Polski*, Technische Universitaet Bergakademie Freiberg, UE we Wrocławiu, Freiberg, Wrocław.
- Brown J.R., Martinsson G., Petersen B.C., 2012, *Do financing constraints matter for R&D?*, European Economic Review, no. 56(8).
- Hakenes H., 2003, *Banks and Delegated Risk Managers*, Universitaet Mannheim Sonderforschungsbereich, 504 Working Paper Series, Mannheim, no. 3-13, s. 1-8.
- Kerr W.R., Nanda R., 2015, *Financing Innovation*, Harvard Business School Entre-preneurial Management Working Paper, no.15-034

Akty prawne

- Ustawa z dnia 9 stycznia 2009 r. o koncesji na roboty budowlane lub usługi, Dz.U. 2009, nr 19, poz. 101 ze zm.
- Ustawa z dnia 11 września 2015r. o zdrowiu publicznym, Dz.U. 2015, poz. 1916.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2011, nr 112, poz. 654 ze zm.
- Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym, Dz.U. 2009, nr 19, poz. 100 ze zm.
- Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych, Dz.U. 2007, nr 223, poz. 1655 ze zm.

ROLE OF A BANK FOR REALIZATION OF INVESTMENT IN HEALTHCARE INDUSTRY

Summary: The aim of the study is to determine the specifics of the bank's provision of financing services for complex investment projects (in the financial project and public-private partnership implemented in the formula), in the light of the latest paradigm regarding the role of the bank in the economy. This is the bank's paradigm as a legitimate intermediary in risk management on commission (delegated risk manager). The article presents the usefulness of Polish banks financing investment projects, particularly innovative in the healthcare industry. First the assumptions of indicated paradigm are presented, then the conditions for the realization of the investment project in the Polish healthcare are discussed, occurring in the banking industry and the healthcare industry. In the final part the following conclusions are presented. There are no solutions for banking products based on irregular repayment schedules. There is also a need for a different type of knowledge and skills of bank employees in the area of risk assessment of an innovative undertaking, including project feasibility assessment.

Keywords: bank, financing, investments in healthcare.