PRACE NAUKOWE
Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
RESEARCH PAPERS
of Wrocław University of Economics

319

Determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce

Nowe wyzwania

Redaktorzy naukowi

Maria Węgrzyn
Marek Łyszczak
Dariusz Wasilewski

Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2013

Redaktor Wydawnictwa: Barbara Majewska

Redaktor techniczny: Barbara Łopusiewicz

Korektor: Barbara Cibis

Łamanie: Agata Wiszniowska

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:
www.ibuk.pl, www.ebscohost.com,
w Dolnośląskiej Bibliotece Cyfrowej www.dbc.wroc.pl,
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 jakiejkolwiek formie
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2013

ISSN 1899-3192
ISBN 978-83-7695-343-4

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Spis treści

Wstęp 9

Część 1. Uwarunkowania prawne prowadzenia działalności przez podmioty lecznicze – nowe wyzwania

Agnieszka Rabiega-Przyłęcka: Przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe (w świetle przepisów ustawy o działalności leczniczej) 13

Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Agnieszka Bartold, Daria Kujawa, Katarzyna Majewicz: Podmiot leczniczy w systemie ochrony zdrowia w procesie zmian systemowych i legislacyjnych 26

Anna Hnatyszyn-Dzikowska: Ewolucja regulacji w opiece zdrowotnej – teoretyczne ramy analizy 35

Aleksandra Czerw, Urszula Religioni, Agnieszka Skalska, Angelika Kunda, Dorota Dziedzic, Anna Putko: Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej w świetle nowych regulacji prawnych 45

Marzena Pytlarz: Kluczowe etapy realizacji przedsięwzięcia PPP w ochronie zdrowia (na przykładzie Szpitala Powiatowego w Żywcu)..... 54

Urszula Drozdowska, Arkadiusz Bieliński: Nowy sposób kompensacji szkód medycznych – uwagi o charakterze materialno-prawnym i procesowym..... 65

Bogusław Stankiewicz: Współczesne wyzwania rynku dla przesiębiorstw z sektora uzdrowiskowego (studium przypadku – Uzdrowisko „Kołobrzeg" S.A.) 76

Dariusz Wasilewski, Krzysztof Nyczaj: Problem liczby szpitali w Polsce w kontekście ich definicji i statystyki publicznej 84

Część 2. Uwarunkowania ekonomiczno-finansowe prowadzenia działalności przez podmioty lecznicze

Dorota Korenik: Przesłanki i sposoby poprawy kondycji finansowej oraz infrastruktury usług zdrowotnych świadczonych przez podmioty lecznicze sektora publicznego (samorządowego) 97

Joanna Śmiechowicz: Realizacja zadań z zakresu ochrony zdrowia przez samorząd terytorialny w Polsce – problemy i ocena stanu faktycznego 109

Joanna Wiśniewska: Tworzenie i ewidencja funduszy własnych w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej w świetle zmian przepisów prawnych w latach 1991-2012..... 119

Aleksandra Szewieczek: Szczególne uwarunkowania działalności publicznych podmiotów leczniczych w świetle nowej ustawy o działalności leczniczej 130
Justyna Kujawska: Efektywność zmian finansowania szpitali..... 147
Agnieszka Bem: Organizacja i finansowanie ratownictwa medycznego 158
Marta Cholewa-Wiktor: Nowoczesne metody zarządzania szpitalem 168
Magdalena Jaworzyńska: Wycena procedur medycznych w praktyce zakładów opieki zdrowotnej 177
Izabela Rydlewska-Liszkowska: Ekonomiczne determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych – biznesowe podejście do medycyny pracy 185
Marcelina Walczak: Dietetyk w systemie ochrony zdrowia w Polsce i wybranych krajach..... 194
Dorota Chmielewska-Muciek: Diagnoza kultury organizacyjnej ośrodków pomocy społecznej w województwie lubelskim 218

Summaries

Part 1. Legal determinants of conducting activities by health care entities – new challenges

Agnieszka Rabiega-Przyłęcka: The conversion of independent public healthcare units into capital companies (against the background of the act on medical activities)..... 25
Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Agnieszka Bartold, Daria Kujawa, Katarzyna Majewicz: Therapeutic entity in health care system in the process of systemic and legislative change..... 34
Anna Hnatyszyn-Dzikowska: Evolution of regulation in healthcare − theoretical framework of analysis 44
Aleksandra Czerw, Urszula Religioni, Agnieszka Skalska, Angelika Kunda, Dorota Dziedzic, Anna Putko: Principles of medical documentation management in the light of new legislative regulations 53
Marzena Pytlarz: Key stages of a PPP initiative in health care (on the example of a regional hospital in Zywiec)..... 64
Urszula Drozdowska, Arkadiusz Bieliński: New way of medical damage compensation – substantive and procedural law remarks 75
Bogusław Stankiewicz: Modern market challenges for business of spa (case study − "Kołobrzeg spa S.A.")..... 83
Dariusz Wasilewski, Krzysztof Nyczaj: The problem of the number of hospitals in Poland in the context of their definition and public statistics 93

Part 2. Economic-financial determinants of conducting activities by health care entities

Dorota Korenik: Evidence and ways to improve the financial condition and infrastructure of health services provided by public (self-government) sector medical entities 108
Joanna Śmiechowicz: Realization of health care tasks by territorial authorities in Poland – problems and evaluation of current situation..... 118
Joanna Wiśniewska: Independent public health care institutions own funds creation and evidence in the light of legislation changes in the years 1991-2012 129
Aleksandra Szewieczek: Selected problems of the functioning of public health care organizations in the light of the new act of health care activity 146
Justyna Kujawska: Efficiency of hospital founding changes 157
Agnieszka Bem: Organization and financing of medical rescue 167
Marta Cholewa-Wiktor: Modern methods of hospital management 176
Magdalena Jaworzyńska: Valuation of medical procedures in health care system 184
Izabela Rydlewska-Liszkowska: Economic determinants of health services units functioning – business case for occupational health activities 193
Marcelina Walczak: Dieticians in healthcare system in Poland and in selected countries..... 217
Dorota Chmielewska-Muciek: Diagnosis of the organizational culture of social welfare centres in Lublin Voivodeship 226

PRACE NAUKOWE UNIWERSYTETU EKONOMICZNEGO WE WROCŁAWIU
RESEARCH PAPERS OF WROCŁAW UNIVERSITY OF ECONOMICS nr 319 • 2013

Determinanty funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce
Nowe wyzwania
ISSN 1899-3192

Marzena Pytlarz
Uniwersytet Śląski

KLUCZOWE ETAPY REALIZACJI PRZEDSIĘWZIĘCIA PPP W OCHRONIE ZDROWIA (NA PRZYKŁADZIE SZPITALA POWIATOWEGO W ŻYWCU)[1]

Streszczenie: Wejście w życie ustaw regulujących współpracę publiczno-prywatną, czyli ustaw z 19 grudnia 2008 roku o partnerstwie publiczno-prywatnym oraz z 9 stycznia 2009 roku o koncesji na roboty budowlane lub usługi, otworzyło nowy etap rozwoju przedsięwzięć realizowanych przy udziale kapitału prywatnego. Po kilku latach nastąpił przełom w myśleniu samorządów o firmach prywatnych jako o równorzędnych partnerach mogących współpracować dla osiągnięcia celu publicznego. Ochrona zdrowia jest jednym z głównych obszarów współpracy z biznesem. Jednak jak pokazuje doświadczenie Żywca, samo uchwalenie przepisów nie gwarantuje osiągnięcia sukcesu. Dlatego by pokazać funkcjonowanie poszczególnych mechanizmów PPP w praktyce, zasadne wydaje się kompleksowe zaprezentowanie pilotażowego przedsięwzięcia pn. „Budowa Szpitala Powiatowego w Żywcu". W artykule przedstawiono poszczególne fazy żywieckiego przedsięwzięcia, począwszy od identyfikacji projektu, poprzez jego szczegółowe przeprowadzenie, aż do momentu impelementacji.

Słowa kluczowe: model DBFO, InterHealth Canada, partnerstwo publiczno-prywatne, publiczna służba zdrowia, Szpital Powiatowy w Żywcu.

DOI: 10.15611/pn.2013.319.05

1. Wstęp

Od kilku lat można zaobserwować postępującą komercjalizację i prywatyzację usług medycznych. Publiczne szpitale przekształcają się w spółki kapitałowe, prywatna opieka zdrowotna rozwija się dynamicznie tempie. Nie wszystkie jednak szpitale muszą być spółkami. Jednym ze sposobów doinwestowania ochrony zdrowia zewnętrznym kapitałem, a tym samym podniesienia jakości świadczonych przez nią usług, jest wykorzystanie modelu PPP.

Na wstępie warto zadać sobie pytanie: czym jest PPP? PPP to koncepcja, o której w mediach i publicznych debatach, zwłaszcza w kontekście problemów finansowych

[1] Informacje wykorzystane w artykule pochodzą od inwestora InterHealth Canada.

Tabela 1. PPP w służbie zdrowia

Projekty zakończone sukcesem w postaci podpisania umów o PPP		
Lp.	lokalizacja	przedmiot umowy
1	Jaworzno	Roboty budowlane polegające na zaprojektowaniu, wykonaniu i wyposażeniu w niezbędne instalacje obiektu szpitalnego przy SP ZOZ Szpitalu Wielospecjalistycznym w Jaworznie z przeznaczeniem na stację dializ wraz z poradnią nefrologiczną
2	Jaworzno	Roboty budowlane polegające na zaprojektowaniu, wykonaniu i wyposażeniu w niezbędne instalacje i media oraz sprzęt, właściwe dla funkcji i przeznaczenia tego typu obiektu szpitalnego przy SP ZOZ Szpitalu Wielospecjalistycznym w Jaworznie z przeznaczeniem na oddział łóżkowy nefrologiczny
3	Kobylnica	Przebudowa Domu Opieki Społecznej w Kobylnicy na potrzeby Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego oraz wykonywania zadań o charakterze komplementarnym
4	Żywiec	Wybór partnera prywatnego dla przedsięwzięcia pn. Budowa Szpitala Powiatowego w Żywcu
Toczące się obecnie postępowania typu PPP		
1	Dębica	Zakład przyrodoleczniczy
2	Warszawa	Ośrodek radioterapii w Szpitalu Bródnowskim
Planowane projekty PPP		
1	Warszawa	Modernizacja i rozbudowa 3 obiektów szpitalnych (Szpital na Solcu, Szpital Bielański, Szpital Czerniakowski)
2	Poznań	Budowa nowego Szpitala Matki i Dziecka
3	Olsztyn	Wyposażenie Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Olsztynie w sprzęt medyczny oraz świadczenie usług medycznych
4	Poznań	Budowa zespołu obiektów o charakterze domów pomocy społecznej i opiekuńczo-leczniczym
5	Pokój	Stworzenie centrum leczniczo-rehabilitacyjnego na bazie Szpitala Reumatologiczno-Rehabilitacyjnego w Pokoju
6	Kalisz	Modernizacja oddziału nefrologii ze stacją dializ dla Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kaliszu
7	Korfantów	Opolskie Centrum Rehabilitacji (m.in. blok operacyjny)
8	Moszna	Modernizacja i rozbudowa zabytkowego Centrum Terapii Nerwic Moszna-Zamek
9	Suchy Bór	Modernizacja Zespołu Ośrodków Rehabilitacji Leczniczej
10	Gdynia	Rozbudowa Szpitala Miejskiego w Gdyni
11	Bytom	Budowa szpitala zintegrowanego
12	Stalowa Wola	Dostosowanie obiektów Szpitala Powiatowego w Stalowej Woli do obowiązujących standardów

Źródło: opracowanie własne, stan na 10 września 2012 r.

służby zdrowia, powiedziano w ostatnim czasie bardzo wiele. Wciąż jednak przypomina to rozważanie o bycie nieistniejącym, ponieważ nie udało się do tej pory zbudować w Polsce żadnego szpitala w tej formule, pomimo zwiększającej się z roku na rok liczby projektów publiczno-prywatnych (por. tabela 1).

Próbując odpowiedzieć na wyżej postawione pytanie: czym jest PPP, najprościej można wskazać, że ogólnie przez pojęcie to rozumie się różne formy współpracy podmiotów publicznych z szeroko pojmowanym biznesem, których celem jest zapewnienie finansowania, budowy, odbudowy, zarządzanie i utrzymanie infrastruktury lub dostarczanie usług publicznych. Rozwiązania takie mają na celu zwiększenie dostępności usług medycznych i poprawy ich jakości, szeroko rozumianą restrukturyzację i modernizację placówek medycznych, a także wprowadzenie bardziej efektywnych metod zarządzania szpitalami.

Powyższa lista nie jest zamknięta i pokazuje tylko, jak zróżnicowane projekty mogą być realizowane w ramach PPP. Partnerstwo jest bowiem bardzo pojemną formą współpracy, występującą w wielu odmianach, które mogą przynieść korzyści zarówno stronie publicznej, jak i prywatnej, nie zapominając przy tym o najważniejszym, czyli o dobru pacjentów.

Model współpracy między podmiotem publicznym i partnerem prywatnym może być zatem bardzo różny. Przedsięwzięcia opierające się na zasadzie PPP mogą ograniczać się do samych umów o zarządzanie placówkami medycznymi, mogą opierać się na umowach o charakterze koncesyjnym, a nawet dotyczyć wspólnych inwestycji lub częściowych prywatyzacji szpitali. Ustawa PPP nie narzuca wyboru żadnego konkretnego modelu, pozwalając partnerom na swobodny formy współpracy. Decyzja ta powinna być jednak poprzedzona wnikliwą analizą podziału zadań związanych z realizowanym przedsięwzięciem. Dokonując wyboru modelu PPP, partner publiczny powinien uwzględnić takie elementy, jak: (1) zarządzanie, (2) projektowanie, (3) kierowanie pracami budowlanymi, (4) finansowanie, (5) świadczenie usług, (6) utrzymanie, a nawet (7) marketing [*Partnerstwo publiczno-prywatne...* 2010, s. 65].

Wynika z tego, że przy tego typu przedsięwzięciach współpraca partnerów opiera się na wyraźnym podziale zadań, ryzyk i korzyści. Mając na uwadze te elementy, PPP w służbie zdrowia można scharakteryzować w następujący sposób: (1) PPP to długoterminowe przedsięwzięcie sektora prywatnego i publicznego, mające na celu realizację zadania publicznego, którym w tym przypadku jest zapewnienie dostępu do publicznej opieki zdrowotnej, które (2) może odbywać się zarówno na szczeblu lokalnych placówek medycznych, jak i rządowych szpitali, (3) podstawą nawiązania współpracy jest umowa o PPP, (4) współpraca ta skonstruowana została w oparciu o produkt końcowy, czyli przykładowo nowy szpital, laboratorium, stację dializ, jak również remont jednego tylko oddziału, (5) łączy finansowanie przez podmiot prywatny ze środkami z innych źródeł (np. instytucji finansowych czy dotacji z Unii Europejskiej), (6) w jej ramach to podmiot prywatny odpowiedzialny jest za realizację poszczególnych elementów projektu, a podmiot publiczny skupia się na identyfikacji celów do osiągnięcia, monitoringu i kontroli, (7) bazuje na optymalnym podziale

ryzyka – ryzyko ponosi ten partner, który potrafi nim efektywniej zarządzać, (8) elementem kluczowym w projektach PPP jest jednak zaufanie, które sprzyja otwartości, a to z kolei jest dobrą drogą do podziału ryzyk i korzyści.

2. Zagraniczne doświadczenia

Na świecie jest wiele przykładów na to, że PPP można z powodzeniem stosować w służbie zdrowia. I nie przemawia za tym wyłącznie przykład Wielkiej Brytanii, niekwestionowanego lidera medycznego PPP, gdzie tego typu umowy na budowę placówek medycznych zawierane są już od 1997 roku [Kalecińska, Herbst (red.) 2011, s. 59-68]. Dobrym wzorem są także Niemcy, które dopiero w 2004 roku rozpoczęły świadome promowanie partnerstwa i w ciągu tych kilku lat osiągnęły znakomite rezultaty w jego upowszechnianiu, a także Hiszpania, Portugalia, Francja, Czechy, Węgry, a nawet Rumunia i Bułgaria [Cieślak 2009]. Ponadto przedsięwzięcia w formule PPP w ochronie zdrowia stosowane są obecnie w wielu innych państwach na całym świecie. Faktem jest, że każde z tych państw miało ten sam problem, który legł u podstaw wykorzystania modelu finansowania opartego na podziale ryzyk między podmiot publiczny a partnera prywatnego, czyli: deficyt infrastruktury i trudności ze sfinansowaniem inwestycji w służbie zdrowia.

Oczywiście nie ma uniwersalnego wzorca partnerstwa i każde państwo musi wypracować własny model PPP, zależny od wielu specyficznych uwarunkowań, takich jak: (1) system finansowania świadczeń zdrowotnych, (2) organizacja publicznego płatnika, (3) liczba czy (4) miejsce w systemie innych ubezpieczycieli. Zagraniczne doświadczenia mogą okazać się jednak bardzo pomocne przy wdrażaniu krajowych projektów w formule PPP, zwłaszcza że obecnie w kraju brakuje takich doświadczeń. Nieracjonalne jest przy tym kopiowanie umów czy struktur PPP z zagranicznych rynków, ale można rozważyć dostosowanie ich do polskich warunków, by osiągnąć maksymalne korzyści [Kalecińska, Herbst (red.) 2011, s. 7].

W kraju należącym do najbardziej zaawansowanych pod względem wdrażania projektów PPP, czyli Kanadzie, są już 63 szpitale budowane lub zbudowane przez firmy prywatne w porozumieniu z władzami lokalnymi lub stanowymi. Tak daleko rozwinięta współpraca biznesu z podmiotem publicznym jest tu możliwa, ponieważ PPP ma w tym państwie olbrzymie wsparcie polityczne. Angażuje się w nie zarówno rząd Kanady, władze poszczególnych prowincji, jak i władze lokalne. Co więcej, w celu promowania tej idei powstała Canadian Council for Public-Private Partnership. Jednocześnie w Kanadzie istnieje Rządowa agencja P3 Canada dysponuje budżetem w wysokości 1,2 mld dolarów, przeznaczonym wyłącznie na dofinansowywanie projektów partnerskich.

Państwo to najczęściej realizuje projekty partnerskie w oparciu o formułę: *Design, Build, Finance, Maintain* – DBFM, w której to partner prywatny przejmuje odpowiedzialność za projektowanie, konstrukcję, finansowanie, utrzymanie i w niektórych

przypadkach zarządzanie obiektem, zwykle przez 25-35 lat. Odmiana tego właśnie modelu – DBFO – jest wdrażana w przypadku budowy szpitala powiatowego w Żywcu.

To, co wyróżnia kanadyjskie partnerstwo, to także stabilność inwestycji. Projekty po ich ogłoszeniu nie mogą już być anulowane. Dla porównania w Polsce aż 50% projektów PPP jest unieważnianych po ich ogłoszeniu. Dobrą praktyką wprowadzaną w Kanadzie jest również transparentność rozwiązań oraz dbałość o szybkość podejmowania decyzji. Od momentu wyboru partnera prywatnego umowę trzeba podpisać w czasie 30-90 dni. Wszystkie te czynniki spowodowały, że państwo to stało się bardzo atrakcyjnym partnerem dla światowych firm.

Kanadyjskie doświadczenia, pokazują jak wiele jest jeszcze do zrobienia na polskim rynku PPP w branży medycznej, jednocześnie mogą być dobrym punktem odniesienia w wypadku realizacji takich inwestycji w naszym kraju.

3. Co warto wiedzieć o żywieckim projekcie

Dzisiaj wszyscy zainteresowani rozwojem partnerstwa w ochronie zdrowia obserwują Żywiec. Wspólne przedsięwzięcie pn. „Budowa Szpitala Powiatowego w Żywcu" Starostwa Powiatowego oraz kanadyjskiej firmy InterHealth Canada zapowiada się imponująco. Nie można się temu dziwić – nie ma bowiem na polskim rynku PPP równie skomplikowanej i wieloaspektowej umowy partnerskiej, której przedmiot byłby do tego tak istotny z punktu widzenia interesu społecznego. Ale tak jest tylko na tle polskich doświadczeń. W kraju udało się bowiem znaleźć zaledwie kilku inwestorów, którzy podpisali umowy i podjęli się realizacji projektów partnerskich. Przypomnę, że obecnie wdrażane są zaledwie cztery przedsięwzięcia PPP w służbie zdrowia.

Rys. 1. Wizualizacja nowego szpitala w Żywcu

Źródło: materiał Inwestora.

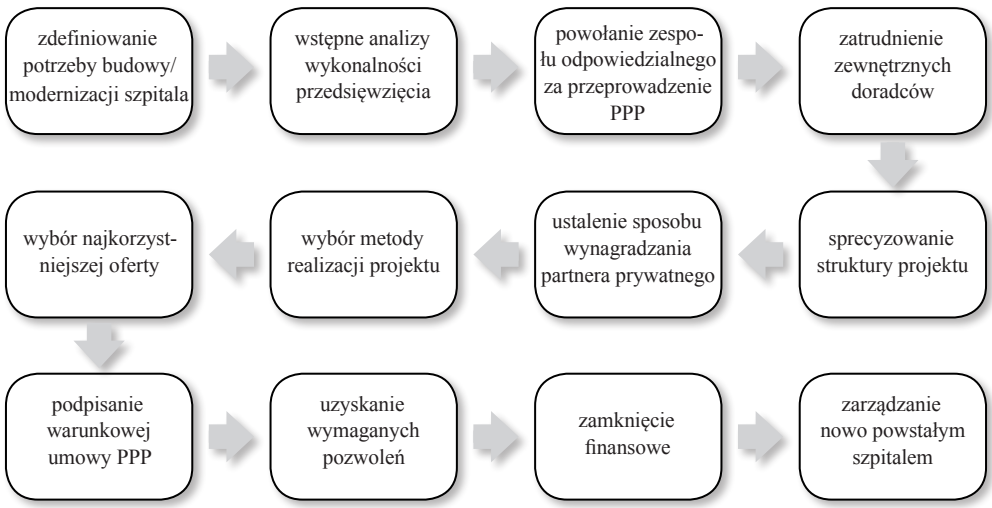
Podstawowym argumentem przemawiającym za realizacją budowy nowego szpitala w formule PPP był brak możliwości finansowania ze środków Starostwa Powiatowego w Żywcu świadczenia usług medycznych w istniejącym szpitalu, tak aby odpowiadały one standardom europejskim. Starostwo już kilka lat temu uznało, że powiatu nie stać na remont starego, przeszło stuletniego szpitala, którego budynki z uwagi na swój stan techniczny wymagają gruntownej renowacji, przekraczającej koszty budowy nowego obiektu. Dlatego władze powiatu zdecydowały, że będą szukać prywatnego partnera. Do procedury przystąpiło dziewięć firm, które złożyły wnioski w postępowaniu i znalazły się na krótkiej liście, natomiast firma InterHealth Canada jako jedyna złożyła ofertę w odpowiedzi na wydaną przez Starostwo specyfikację warunków zamówienia. 15 września 2011 r. Starostwo Powiatowe podpisało umowę na budowę, finansowanie, zarządzanie oraz świadczenie usług medycznych w nowym szpitalu powiatowym z tym właśnie inwestorem.

Model PPP zaproponowany przez inwestora określany jest mianem *Design, Build, Finance and Operate* – DBFO. To profesjonalny sposób tworzenia od podstaw obiektów medycznych, polegający na tym, że podmiot prywatny wchodzi w relacje z samorządem nie tylko w celu współfinansowania budowy szpitala. Zajmuje się kompleksowo realizacją inwestycji, by później zarządzać obiektem i świadczyć usługi medyczne przez prawie 30 lat. To partner prywatny będzie odpowiedzialny za prawidłowe zaprojektowanie, wykonanie robót, wyposażenie, a w konsekwencji zarządzanie nowym szpitalem i świadczeniem usług medycznych. Również większość ryzyk związanych z realizacją i finansowaniem przedsięwzięcia obciąży podmiot prywatny, a jego wynagrodzenie zależeć będzie od faktycznej dostępności i rzeczywistego wykorzystania szpitala.

Wstępną wartość budowy nowego szpitala, którego powierzchnia całkowita ma wynieść ok. 21 tys. m^2, oszacowano na 110 mln złotych. Całkowity koszt inwestycji szacowany jest na 250 mln zł (m.in. koszt urządzeń i wyposażenia szpitala). Powstaną w nim nowe poradnie oraz planowane jest uruchomienie oddziału ratunkowego z lądowiskiem dla helikopterów. Nowością będzie także centrum kompleksowej opieki „one-stop-shop" (wszystko pod jednym dachem). Dzięki tej metodzie spora część przeprowadzanych badań, oceny stanu zdrowia i leczenia będzie dokonywana w jednej lokalizacji, gwarantując oszczędność czasu zarówno pacjenta, jak i personelu medycznego. Ponadto w planach jest odrestaurowanie zabytkowej części starego szpitala, w której umieszczone zostanie centrum usług geriatrycznych z poradniami dla osób starszych, oddziałem opieki długoterminowej, zespołem domów spokojnej starości oraz hotelem uzdrowiskowym.

4. Procedura realizacji inwestycji szpitalnych w formule PPP na przykładzie Żywca

Realizacja przedsięwzięcia PPP podzielona jest na etapy, a rozpoczęcie następnego musi być poprzedzone zakończeniem poprzedniego. Poszczególne etapy realizacji projektu szpitala powinny wyglądać następująco:



Rys. 1. Etapy realizacji medycznego PPP

Źródło: opracowanie własne.

Zgodnie z przepisem art. 2 ustawy PPP procedurę realizacji medycznego przedsięwzięcia uruchamia podmiot publiczny, którym może być:

1) szpital, jeśli partnerstwo nie będzie obejmowało świadczenia usług medycznych, lub

2) organ założycielski – w przypadku świadczenia tych usług (np. JST, wojewoda, minister, centralny organ administracji rządowej, publiczna uczelnia medyczna) [Kalecińska, Herbst (red.) 2011, s.78]. Organem założycielskim Szpitala Powiatowego w Żywcu jest Starostwo Powiatowe, które już w 2009 roku uruchomiło procedurę PPP.

Pierwszym krokiem jest dokonanie wstępnych analiz dzięki. Dzięki nim strona publiczna precyzuje potrzeby lokalnego rynku usług medycznych, które mają być zaspokojone w wyniku realizacji projektu (zwłaszcza co do powierzchni nowego lub zakresu modernizacji istniejącego szpitala, minimalnej liczby łóżek, brakującej aparatury medycznej). Powierzchnia całkowita żywieckiego szpitala (razem ze zmodernizowaną częścią starego szpitala) ma wynieść ok. 25 tys. m^2. W szpitalu powstaną nowe poradnie oraz planowane jest uruchomienie oddziału ratunkowego z lądowiskiem dla

helikopterów. Placówka dzięki nowoczesnemu systemowi zarządzania, choć będzie dysponowała podobną liczbą łóżek (ok. 400), ma być bardziej efektywna.

Na tym etapie podmiot publiczny powinien również porównać koszty projektu realizowanego tzw. tradycyjną metodą z kosztami jego realizacji w formule PPP. Nie zawsze bowiem projekt partnerski jest rozwiązaniem optymalnym. Strona publiczna powinna ocenić i przeanalizować swój wkład w realizację przedsięwzięcia, którym mogą być np. posiadane środki finansowe lub nieruchomość. Trzeba bowiem pamiętać, że PPP nie jest „budowaniem bez pieniędzy", lecz biznesem mającym przynieść obopólne korzyści. Starostwo ze swej strony ma wnieść do żywieckiego projektu teren i wyposażenie starego szpitala, działkę pod nowy obiekt, podłączenie mediów oraz drogę dojazdową [Urbanowski 2011, s. 5-8].

Po dokonaniu wstępnych analiz podmiot publiczny powinien wyłonić zespół osób, które będą koordynowały projekt na poszczególnych fazach jego realizacji, oraz zatrudnić doświadczonych, zewnętrznych doradców (prawnych, finansowych i technicznych). Dopóki nie ma w Polsce wzorcowych projektów partnerskich w opiece zdrowotnej, taka pomoc wydaje się nieoceniona. Z dwuosobowym działem prawnym samorządu sprawne przeprowadzenie partnerstwa jest praktycznie niemożliwe.

Przy pomocy zewnętrznych doradców strona publiczna powinna teraz zweryfikować swoje wstępne założenia z faktycznymi możliwościami, mając przy tym na uwadze: proponowany podział ryzyk, mechanizm płatności oraz planowany wkład partnerów w budowę szpitala.

Należy również ustalić sposób wynagrodzenia inwestora. Możliwości w tym zakresie są różne i mogą pochodzić: (1) od podmiotu publicznego, (2) z płatności dokonywanych przez pacjentów lub (3) ich ubezpieczycieli, a także (4) ze środków unijnych. Warto pamiętać, że ze względu na krótkie kontrakty z NFZ, a tym samym niepewność wynikającą z braku gwarancji stabilności kontraktu, zainteresowanie biznesu jest uwarunkowane poziomem zaangażowania finansowego strony publicznej. Im niższy udział finansowy partnera publicznego, tym mniejsze szanse znalezienia wiarygodnego inwestora. Wynagrodzeniem partnera prywatnego jest w Żywcu prawo do korzystania z inwestycji (tj. zarządzanie placówką i świadczenie usług medycznych), które zależeć będzie od faktycznej dostępności i rzeczywistego wykorzystania szpitala.

Jeśli wynagrodzenie przedsiębiorcy pochodzić będzie od podmiotu publicznego, wówczas partner prywatny powinien być wybrany w oparciu o przepisy ustawy PPP. Gdy zaś wynagrodzenie stanowić będzie prawo do pobierania pożytków z inwestycji bądź prawo to wraz z zapłatą sumy pieniężnej, wybór powinien być dokonany przy zastosowaniu ustawy o koncesji. Zgodnie z zaleceniami Komisji Europejskiej najwłaściwszym trybem wyboru partnera prywatnego jest procedura dialogu konkurencyjnego, którą zastosowano w Żywcu.

Po wyborze najkorzystniejszej ze złożonych ofert oraz rozstrzygnięciu ewentualnych odwołań przychodzi czas na zawarcie umowy o PPP. Najważniejsza przy tego typu inwestycjach jest sama konstrukcja takiej umowy, która musi przede wszystkim zabezpieczyć interesy pacjentów, jednocześnie umożliwiając partnerowi prywatnemu

opracowanie takiego modelu biznesowego, który pozwoli na zachowanie płynności finansowej przedsięwzięcia. Należy zatem zapewnić beneficjentom dotychczasowych świadczeń zdrowotnych dalsze, nieprzerwane korzystanie z tych świadczeń bez istotnego ograniczenia warunków ich udzielania, dostępności czy jakości. Przedmiotem umowy PPP w Żywcu jest „zaprojektowanie, budowa oraz wyposażanie wraz z finansowaniem szpitala, połączone z jego utrzymaniem, zarządzaniem oraz świadczeniem usług zdrowotnych" przez prawie 30 lat od dnia zamknięcia finansowego.

Kolejnym przełomowym momentem, od którego w mojej ocenie zależy być albo nie być szpitala, jest zamknięcie finansowe. Jest to proces negocjacji warunków finansowych, który kończy się podpisaniem umów z instytucjami zapewniającymi środki na realizację projektu. Do tego czasu zarówno partner publiczny, jak i prywatny muszą wykonać mnóstwo zadań, aby zapewnić finansowanie inwestycji. Między innymi inwestycja musi mieć w tym czasie gotowy projekt budowlany, pozwolenie na budowę, wyłonionego głównego wykonawcę oraz przygotowaną działkę pod budowę szpitala.

Po zamknięciu finansowym można przejść do właściwego etapu realizacji inwestycji, tj. prac budowlanych, a następnie zarządzania nowo powstałym szpitalem, który powinien być stale monitorowany przez stronę publiczną w zakresie terminowości i jakości wykonywanych robót oraz świadczonych usług. To firma InterHealth Canada jest odpowiedzialna za prawidłowe zaprojektowanie, wykonanie robót, wyposażenie, a w konsekwencji zarządzanie nowym żywieckim szpitalem powiatowym oraz świadczenie usług medycznych.

Ostatnim etapem realizacji przedsięwzięcia w formule PPP, na który musimy w Żywcu poczekać do 2042 roku, jest przekazanie placówki przez inwestora z powrotem w ręce partnera publicznego.

5. Podsumowanie

Samo uchwalenie przepisów nie gwarantuje od razu sukcesu. Dlatego przymierzając się do budowy szpitala w oparciu o formułę PPP, należy mieć świadomość, że partnerstwo wciąż napotyka liczne bariery. Jedna z nich to niestabilność światowej gospodarki, a zwłaszcza niepewna sytuacja w Unii Europejskiej, która sprawia, że inwestorzy są mniej skłonni do podejmowania gospodarczego ryzyka. Inną przeszkodą braku popularności PPP w projektach medycznych jest przyjęty przez polskiego ustawodawcę model kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez NFZ. Perspektywa maksymalnie trzyletniego kontraktu to spore ograniczenie w przypadku podejmowania decyzji o inwestycji sięgającej niekiedy milionów złotych. Coraz dłużej trwa też proces zdobywania środków finansowych na realizację poszczególnych przedsięwzięć. Instytucje finansowe decydujące o przyznaniu kredytu szukają naprawdę dobrych i pewnych projektów. Niestety, wskazane wyżej czynniki sprawiają, że trudno jest przedstawić bankom solidny biznesplan.

Kolejną nie mniej istotną przeszkodą jest to, że tradycyjne w przypadku PPP wątpliwości co do braku akceptacji społecznej są w odniesieniu do służby zdrowia

wielokrotnie wyższe. Choćby dlatego samorządy unikają współpracy z biznesem, nie chcąc narazić się na zarzut „prywatyzacji", z którą często mylone jest PPP. A przecież prywatyzacja to „przekształcenie sektora państwowego w prywatny" [Surdykowska 1997, s. 13]. Natomiast PPP to trwała współpraca, a nie jednorazowe i ostateczne przekazanie prywatnej stronie własności infrastruktury i wszystkich związanych z jej obsługą obowiązków. PPP jest zatem połączeniem działań władzy publicznej oraz prywatnego kapitału na rzecz realizacji zadań publicznych.

Oczywiście PPP to nie tylko ryzyko, ale także korzyści, którymi niewątpliwie są: (1) polepszenie jakości świadczonych usług medycznych, (2) przyspieszenie procesu inwestycyjnego w zakresie infrastruktury szpitalnej, (3) dostęp do nowoczesnych rozwiązań, technologii oraz sprzętu medycznego wnoszonego przez partnera prywatnego, (4) realizacja przedsięwzięcia bez obciążania długu i deficytu publicznego, (5) generowanie przez szpital przychodów pochodzących z dodatkowych usług (na przykład w Żywcu planowane jest odrestaurowanie zabytkowej części starego szpitala, gdzie umieszczone ma zostać centrum usług geriatrycznych z poradniami dla osób starszych, oddziałem opieki długoterminowej, zespołem domów spokojnej starości oraz hotelem uzdrowiskowym), (6) sprawna realizacja zadań dzięki podporządkowaniu szpitali zasadom konkurencji, (7) nowoczesny system zarządzania placówkami medycznymi (np. upowszechnienie modelu telemedycyny), (8) gwarancja oszczędności czasu zarówno pacjenta, jak i personelu medycznego dzięki wprowadzeniu np. metody „one-stop-shop".

W związku z tym władze, rozważając nawiązanie współpracy z biznesem przy realizacji inwestycji szpitalnych, muszą wyważyć proporcje między korzyściami a ryzykiem, które niewątpliwie też niesie ze sobą ten model współpracy. PPP nie jest bowiem celem samym w sobie, lecz jedynie metodą sprawniejszej realizacji zadań publicznych. Koncepcja ta nie zawsze jest też rozwiązaniem najlepszym i nie dla każdej placówki medycznej. Szpitalom, które są zadłużone, wyjątkowo trudno będzie znaleźć partnera, z którym zawrą długoletnią umowę, opłacalną dla niego na tyle, że zechce zainwestować duże pieniądze w takie przedsięwzięcie.

Nie należy więc spodziewać się błyskawicznego rozwoju PPP w polskiej służbie zdrowia. Przykład Żywca z pewnością cieszy, co nie zmienia faktu, że jest to obszar trudny dla inwestorów, choć obiecujący, gdyż sektor prywatnej opieki zdrowotnej rozwija się w Polsce w bardzo szybkim tempie. Ponieważ partnerstwo jest nowym modelem działania, a jego wykorzystanie w służbie zdrowia wiąże się z ryzykiem, musi upłynąć jeszcze wiele lat, zanim stanie się jednym z głównych rozwiązań stosowanych w przedsięwzięciach zdrowotnych.

Literatura

Brzozowska K., *Partnerstwo publiczno-prywatne w Europie, cele, uwarunkowania, efekty*, CeDeWu, Warszawa 2010.

Cieślak R., *PPP czy koncesja?*, „Builder", wrzesień 2009

Kalecińska J., Herbst I. (red.), *PPP w systemach ochrony zdrowia w wybranych krajach świata*, Centrum PPP, Warszawa *2011*.
Korbus B.P., Strawiński M., *Partnerstwo publiczno-prywatne nowa forma realizacji zadań publicznych*, LexisNexis, Warszawa 2009.
Kulesza M., Bitner M., Kozłowska A., *Ustawa o partnerstwie publiczno-prywatnym, komentarz*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2006.
Partnerstwo publiczno-prywatne. Poradnik, Urząd Zamówień Publicznych, Warszawa 2010.
PPP in Europe 2010, CMS Cameron McKenna, 2010.
Surdykowska S., *Prywatyzacja*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1997.
Urbanowski M., *Raport Budowa Szpitala Powiatowego w Żywcu*, URCON, 2011.
Yescombe E.R., *Partnerstwo publiczno-prywatne, zasady wdrażania i finansowania*, Wolters Kluwer Polska, Kraków 2008.

Podstawa prawna

Ustawa z 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym (DzU nr 19, poz. 100).
Ustawa z 9 stycznia 2009 r. o koncesji na roboty budowlane i usługi (DzU nr 19, poz. 101).

KEY STAGES OF A PPP INITIATIVE IN HEALTH CARE (ON THE EXAMPLE OF A REGIONAL HOSPITAL IN ZYWIEC)

Summary: Recent years have seen a marked increase in cooperation between the public and private sectors. Authorities withdraw from many domains of practical, economic, social, and even public (public utility) activity, maintaining at the same time public-law liability for the state of matters in all significant sectors of communal life and economy. This new form of cooperation in various aspects is commonly referred to as public-private partnership (PPP). This article analyses the prospects of a PPP in the healthcare sector in Poland. Large investment needs in the healthcare sector are associated with the requirement to adapt the standards of healthcare establishments to new quality standards, and also with the increased demand for such services as well as the rise in healthcare costs. PPP is seen as a method enabling the financing of the necessary investment.

Keywords: DBFO model, InterHealth Canada, public-private partnership, public healthcare, region al hospital in Zywiec.